
Universités d'Eté Euroméditerranéennes des Homosexualités 2005

Tom Reucher

Diagnostic ou maltraitance théorique?

Cet exposé portera sur la pratique clinique d'un psychiatre parisien (équipe médicale hospitalière) à partir des notes qu'il a prises lors de 3 entretiens qu'il a eu avec une personne transsexuelle qui me les a confiées à cette fin. Seul le premier entretien est analysé. Des questions réponses avec la salle termineront ce débat.

C. a demandé à ce que son dossier lui soit communiqué. Seule une partie (4 pages) lui a été transmise. Une partie n'est d'ailleurs pas très lisible. Un avis de la CADA en sa faveur est resté lettre morte auprès de l'hôpital Foch qui lui en refuse toujours la communication au prétexte qu'il s'agit de "notes personnelles" du praticien. Elle a fait une démarche auprès du tribunal administratif pour obtenir le reste. A suivre donc.

En bleu, les notes de C., la patiente.

En noir, les notes de moi-même, TR.

En rouge, les notes du Psy (verbatim de la consultation).

Premier rendez-vous: 7 mai 1999

Psy: 7/05/99 adressé par son MG [médecin généraliste] (qui m'a appelé hier de [Ville]) (cf lettre).

C: L'entretien a débuté par des questions sur mon état civil. Lorsque j'ai dit, après avoir donné mon "prénom légal", celui que je me suis donnée, C., il a marqué une pause et m'a demandé «*qui m'appelait C.?*». Lorsque j'ai répondu que c'était juste moi, il a recommencé à écrire sur sa fiche.

Une des questions surprenantes, après la taille et le poids (qui sont assez décalées compte tenu de l'objet de la visite...) est relative à la pointure de chaussures. Et à ma réponse (42, bien que faisant du 41...) il m'a répondu: «*vous aurez du mal à trouver des chaussures à votre pointure*». J'ai constaté que ces données (taille poids pointure) figurent sur la fiche.

Lors de l'entretien, j'ai expliqué quel métier je faisais ([métier à responsabilité cadre A de la fonction publique]), et notamment j'ai expliqué que ce métier comprenait des responsabilités de décision. J'ai par conséquent été surprise de constater une volonté d'infantilisation de la part du médecin. Alors que je venais de lui expliquer que je menais une vie "totalement intégrée" socialement, j'avais brutalement la sensation que plus rien ne comptait d'autre que l'expression de ce qui ne pouvait être qu'un "délire".

TR: Quelle est la théorie qui se cache derrière le taille, le poids et la pointure de chaussures?

Psy: Vit seul depuis 15 ans après avoir été marié pendant 10 ans (de 75 à 86) sans avoir des enfants (RS [= relations sexuelles] interrompues au bout de 18 mois car son épouse avait des problèmes psys et lui-même...).

C: Ce n'est pas ce que j'ai expliqué.

TR: Elle vit avec son amie de 75 à 81. Mariage en 78 pour éviter le service national. Puis de 81 à 86, elle vit avec son amie et un de ses amants (vie à 3). Divorce en 2001.

C: J'ai raconté ma vie... Ma rencontre avec mon amie à l'âge de 20 ans, le fait qu'elle était dépressive et que dans l'expression de sa dépression, j'ai pendant un certain temps cru percevoir la même question d'identité que moi. J'ai expliqué que j'avais dit à mon amie que j'étais une femme.

Ensuite, j'ai de manière très claire expliqué que le mariage avait été décidé pour me permettre de ne pas faire le service militaire, pour lequel j'étais sursitaire et en fin de course... Et que nous nous étions mariées en 1978: donc certainement pas en 1975. Les notes figurant sur le document sont purement et simplement une falsification de mes propos.

TR: J'ai souligné ce qui me paraît important. Les personnes mariées ne sont pas des candidatEs acceptables pour une transition dans cette équipe médicale. Donc l'enjeu est de taille! Qu'a à gagner le praticien en déformant ainsi les propos de sa patiente? Par ailleurs, pour lui, mariage = vie en couple!

C: S'agissant de «l'interruption des relations sexuelles au bout de 18 mois», il s'agit encore d'un raccourci tout à fait caricatural, car la lecture du commentaire pourrait laisser croire à des relations sexuelles “normales et satisfaisantes” pendant 18 mois qui auraient été interrompues “brutalement”. La réalité évidemment est toute autre et je ne retrouve dans le commentaire aucune allusion à mes explications sur les difficultés à avoir (de ma part) des relations sexuelles, en terme de “désir”, de “possibilité de passage à l'acte” et mes efforts permanents pour espacer au maximum les rapports sexuels.

TR: C'est un fait connu, les trans' ont généralement une sexualité moins importante que la plupart des gens. Mais comme ce n'est pas un critère absolu, il ne devrait pas être nécessaire d'insister de cette façon sur cette question, surtout en interprétant les dires de la patiente.

Psy: N'a jamais fait de psychothérapie mais a déjà consulté des psys 1 fois pas plus, vers 20 ans, et arrêtais pour ne pas avoir à parler de son problème.

C: Résumé à peu près correct de mes “tentatives” de parler avec des psys. Je crois qu'il ne mentionne pas les “incidents” que j'ai connus avec des médecins, notamment un psy à l'âge de 10 ans, puis la médecin du travail un an plus tard.

Son commentaire laisse supposer que “je ne voulais pas” en parler, or, j'explique plutôt, lorsque je parle de ces tentatives, de mon “impossibilité” à exprimer, ce blocage sans doute lié à ce conditionnement violent qu'est l'assignation dans une classe de sexe.

TR: Toutes les tentatives positives de C. pour trouver des réponses, des solutions sont minimisées, voire excamotées. Les difficultés de C. pour exprimer ses sentiments et ses problèmes ne peuvent qu'être renforcées devant une telle attitude du médecin. Même si C. n'a consulté qu'une fois chaque psy, il faudrait peut-être se poser la question du pourquoi et en tenir compte.

Psy: Traits féminins? sensible, émotif, inquiet, attentif aux autres. Après séparation de sa femme, a connu [suite page 2] d'autres femmes, liaison de 3 à 6 mois, et concubiné pendant 9 mois en 97 avec même désir de faire un enfant.

C: Il y a deux parties distinctes dans cette “transcription” de l'entretien par le psychiatre.

D'abord les mentions relatives à «**traits féminins?**».

Je n'en suis pas certaine, mais il me semble qu'il m'avait posé la question, *grosso modo*, de «**comment je savais que j'étais une femme**» ou quelque chose comme ça.

Les adjectifs sont très probablement ceux que j'ai du utiliser, car ils correspondent assez à ma perception de moi dans cette période agitée qu'est mon “coming out”. La question à ce moment est malgré tout surprenante.

TR: La question ne serait pas idiote si on savait définir ce qu'est une femme ou un homme en dehors des constructions sociales et biologiques. C. décrit un stéréotype féminin «**sensible, émotif, inquiet, attentif aux autres**» courant dans sa culture. Qu'aurait-elle pu dire d'autre? De plus c'est une donnée totalement invérifiable.

C: Ensuite, les commentaires reprennent ce qui est le fil “normal” de l'entretien et continuent donc sur la suite de mon histoire.

On arrive à ce commentaire hallucinant de la part de ce médecin.

D'une part, «**a connu d'autres femmes**»: il me semble lui avoir donné le chiffre approximatif, qui était de 3 ou 4 liaisons passagères, parfois sans aucune relation sexuelle, la totalité de la relation durant en effet moins de 6 mois, souvent un mois. Son commentaire laisse supposer que j'ai eu des “liaisons stabilisées”, on imagine avec relations sexuelles “normales”, alors que j'ai pris la peine d'intégrer l'immense difficulté à réussir à éviter les rapports sexuels. Je ne retrouve rien du sens exact de mes propos dans ce commentaire.

TR: C. s'est au moins donné la peine d'essayer et vérifier cette piste, sa démarche n'en est que plus affirmée.

C: Ensuite, «**concubiné pendant 9 mois avec *même* désir de faire un enfant**».

Comment, en 8 mots, exprimer le contraire de ce que j'ai dit, voilà que ce médecin y arrive sans le moindre scrupule.

Aucune mention de cette liaison très particulière qui est la dernière avant ma transition de 1999. Sur le “comment ce désir d'enfant” est apparu avant même le début de la relation comme un ultime moyen d'enfouissement de ma transsexualité. Comment j'ai

eu une horreur absolue devant ce moment, que le “désir d'enfant” a donc duré quelques jours sans aucun risque de concrétisation... et comment mon amie s'est littéralement enkystée dans mon domicile et comment j'ai été obligée d'adopter un comportement de mise à l'écart qui ne produisait aucun effet: j'ai tenté durant 3 mois de la faire partir, mais ses problèmes personnels étaient importants (violée et battue par son ancien “ami”).

En un mot, je suis consternée du commentaire du médecin qui n'a pas hésité (dans quel but? se prouver quelque chose?) à déformer totalement mes propos.

TR: Là encore dans le protocole de cette équipe médicale hospitalière parisienne, il ne faut pas avoir d'enfant.

Psy: Avait commencé à se travestir vers 7-8 ans (sous vêtements de sa mère + robe) puis maquillage + + jusqu'à 19 ans toujours en cachette.

C: encore une déformation scandaleuse et lamentable.

L'usage du verbe “se travestir” est un parti pris, un jugement.

Car je me souviens bien avoir expliqué qu'à l'âge de 7 ans, je me souviens parfaitement de l'année, j'ai pris conscience d'être une fille et pas un garçon. Que cette prise de conscience était la résultante d'un processus plus complexe et moins bien perçu qui durait depuis plusieurs années (au moins deux ans avant 7 ans). Que les vêtements de ma mère et les débuts d'utilisation de son maquillage étaient reliés dans le temps. Qu'il ne s'agissait pas d'une perception de “travestissement”.

Psy: [Mention marginale:] + +

“pas vraiment sexuellement excité” [par?] ce travestissement calmait selon lui l'angoisse de ne pas être physiquement une fille. [Le texte en italique est mis entre guillemets.]

C: J'ai séparé ce commentaire du précédent à cause des deux «+» figurant dans la marge et dont je ne perçois pas le sens exact. Est-ce une “note positive” et même “doublement positive” ou bien cela renvoie-t-il à un commentaire sur une de ces fiches que le médecin refuse de me communiquer, je n'en sais rien.

J'observe qu'il entoure de guillemets la phrase *«pas vraiment sexuellement excité par le travestissement»*.

Ce commentaire fait suite au commentaire précédent.

[Partie escamotée par le psychiatre:] Je me souviens avoir tenté d'expliquer ce qui se mettait en jeu dans ces moments là: l'attente de la sortie de mes parents (et parfois de ma sœur et de ma grand-mère), les bruits guettés, le maquillage qui était souvent l'élément incontournable, le choix des vêtements, pas spécialement ceux qui pouvaient me donner une allure “sexy” mais plutôt ceux avec lesquels j'aurais pu sortir dans la rue. Au tout début, c'était un tailleur et le manteau rouge de ma mère... Donc, même si passé l'adolescence, les choses étaient plus complexes (érections mécaniques, mais pas toujours), en effet, ces “moments volés” à l'assignation sociale me permettait de

compenser très partiellement le combat quotidien contre la honte de se savoir transsexuelle et de devoir le cacher. Toutes ces choses qui engendraient de l'angoisse permanente.

TR: C. note «par?» car elle pense qu'il manque la fin de la phrase. Je pense qu'il faut lire comme suit:

C. n'est *pas vraiment sexuellement excité* par le travestissement. *Ce travestissement calmait selon C. l'angoisse de ne pas être physiquement une fille.*

La mention marginale “++” en face cette partie entre guillemets me semble effectivement être un “plus” en faveur de l'hypothèse d'un transsexualisme.

Psy: [Mention marginale suivie d'un point d'interrogation:] *etco ?*

Père absent, environnement féminin et identification à sa mère. N'a jamais pensé à une cause congénitale. [Le texte souligné est souligné verticalement à sa gauche.]

C: Je ne saisis pas le sens de la mention en marge.

La première phrase est un somptueux raccourci: mon père était effectivement absent, mon environnement féminin et j'avais sans doute une certaine forme d'identification à ma mère.

Est-ce pour cela que j'aurais affirmé que je n'ai «jamais» pensé à une cause qui soit de l'ordre du biologique ou hormonal? Au contraire, il me semble que je suis de celles et ceux qui pensent qu'il serait très surprenant qu'un facteur biologique ne soit pas présent à un moment ou un autre. Mais en tout état de cause, le médecin ce jour là a pu penser que c'était mon opinion.

TR: Comment peut-on communiquer à la patiente des pièces médicales avec des mentions illisibles!

C. n'est *pas vraiment sexuellement excité* par le travestissement. *Ce travestissement calmait selon C. l'angoisse de ne pas être physiquement une fille.* La mention marginale “++” en face cette partie entre guillemets me semble effectivement être un “plus” en faveur de l'hypothèse d'un transsexualisme.

C. n'aurait pas employé «*congénitale*». Ce terme n'est pas dans son vocabulaire habituel. Elle utilise plutôt “biologique”.

Psy: [Mention marginale:] +++

N'a jamais été attiré par les hommes, sauf des homosexuels efféminés qui pouvaient lui plaire, mais n'est jamais passé à l'acte. [Le texte souligné est souligné dans le texte.]

C: La mention marginale «+++» peut renvoyer à un commentaire rédigé ailleurs. (ce qui justifie entre autres le contentieux CADA et maintenant tribunal administratif avec ce médecin et l'administration de l'hôpital).

Le commentaire «*n'a jamais été attiré par les hommes*» est souligné.

En réalité, la suite du commentaire «*sauf des homosexuels efféminés qui pouvaient lui plaire*» contredit donc le «*jamais*». Sauf à penser que dans l'esprit de ce médecin, être un homosexuel efféminé c'est d'une certaine façon ne pas être tout à fait un homme...

Ce commentaire, plus la mention de mon “non passage à l'acte” est dans la suite des écarts très importants dans la transcription de mes propos. On dirait qu'il écrit ce qu'il a voulu entendre, au point de laisser plus paraître ses conceptions personnelles que les nuances et les approximations qui sont la réalité de mes sensations exprimées sur le registre “trans’ et homosexualité”.

Je crois avoir tenté d'expliquer à ce médecin que j'ai, durant mon enfance et mon adolescence, été en contact avec la réalité d'une certaine attirance physique pour les hommes. Je crois bien que je lui ai parlé de mon premier grand amour, à l'âge de 12 ans, pour un garçon de ma classe, et lui avoir dit que mon prénom venait tout droit de cette période.

Je crois bien lui avoir expliqué que ce garçon était assez efféminé et que c'est surtout cela que je recherchais, dans mon adolescence, chez un homme (dans ce que j'en imaginai en tout cas, et pas le côté “bourru viril”, mais plutôt la gentillesse.

Je crois bien lui avoir raconté mon “immersion” dans ma petite communauté homo aux [lieu géographique], le fait que je savais être perçue par eux comme un “pédé du placard” et que cela me convenait assez bien. Mais je crois aussi avoir expliqué que mes quelques tentatives de me “laisser séduire” par certains n'avaient pas abouti.

Tout ceci est forcément plus complexe que les trois malheureux mots sortis de leur contexte.

Je crois bien que le médecin m'a posé une question, à ce moment de l'entretien, à peu près celle-là: *«mais pourquoi vous n'êtes pas homosexuel?»*

TR: Comme si elle pouvait répondre à cette question! On ne choisit pas d'être homosexuel ou trans’, pas plus que d'être roux ou gaucher. On peut seulement assumer ou non ce fait. Pour une personne trans’, assumer, c'est faire une transition. Le but est aussi de fabriquer des hétérosexuels à la “sortie”!

Psy: Après que je lui explique qu'il n'est pas a priori transsexuel primaire —> reformule sa demande et veut approfondir la question avec moi.

C: Le grand moment de ce premier entretien.

Ce qu'il m'a dit en substance: *«il vous manque un élément fondamental pour être transsexuelle primaire, c'est l'attirance pour le sexe opposé à celui que vous dites avoir».*

TR: La notion de transsexuel primaire et transsexuel secondaire est aussi obsolète que le protocole de soins de cette équipe médicale. Soit le diagnostic est posé et il n'est pas nécessaire de faire languir C. durant 2 ans. Si le diagnostic est négatif, il faut le lui dire clairement et ne pas la prendre en charge, lui dire qu'on envisage autre chose pour elle. Soit le diagnostic n'est pas établi et il s'agit d'une méthode (que je trouve contestable) pour destabiliser C. et voir ce qui va se passer. Nous sommes dans des pratiques qui relèvent de la maltraitance théorique et thérapeutique.

Avec ces pratiques, la plupart des personnes trans’ qui ont un peu d'argent vont voir ailleurs des médecins plus ouverts, les autres qui n'ont pas les moyens vont déprimer, être en colère, retourner l'agressivité contre elles-mêmes. Il y a beaucoup plus de tentatives de suicide avant qu'après la transition. Relativement rares après la transition, elles ont pour motifs très majoritairement les ruptures amoureuses.

Pour ma part, c'est cette partie du suivi (diagnostique) qui m'a le plus destabilisé car je n'avais plus de contrôle sur ma vie, mon avenir, tout était dans les mains du psychiatre. Le désespoir, l'impossibilité de se projeter dans l'avenir peuvent avoir des conséquences importantes et durables.

C: Il m'a très clairement indiqué que pour être “transsexuelle”, je devais être d'abord “homosexuel” dans mon genre/rôle social d'assignation, et devenir “hétérosexuelle” ensuite.

Comme je lui expliquais que cela relevait de deux choses très différentes à mes yeux, à savoir que les hommes homosexuels et les hommes hétérosexuels, c'était de l'orientation sexuelle et n'avait pas grand-chose à voir avec mon problème identitaire), l'ambiance générale de l'entretien est devenue plus tendue.

TR: De même, ne pas encore avoir compris que l'attirance amoureuse et sexuelle n'a rien à voir avec l'identité (sexe psychologique et identité de genre), montre à quel point ce psychiatre n'a rien compris à la question de la transidentité.

C: D'abord, je percevais comme une mauvaise compréhension de sa part (volontaire?) mes explications, non pas sur l'homosexualité réelle ou supposée des filles trans', mais le récit forcément individualisé de mon expérience personnelle liée à ma vie personnelle. En gros, il m'opposait sa théorie de guichetier de la sécurité sociale, me traitait comme une personne mineure, m'infantilisait.

TR: Tout l'inverse de ce qu'il faudrait faire: responsabiliser le patient, le rendre actif dans sa décision de traitement et pour le traitement lui-même. Lui laisser toute possibilité d'avancer à son rythme, et même de revenir en arrière si nécessaire. Ne pas le pousser, mais ne pas freiner inutilement.

C: Ensuite, je connaissais ses théories sur le fait qu'il fallait être “hétérosexuelle” dans le genre revendiqué (il l'avait écrit dans un article de la revue “Marianne” de 1998 que j'avais lu). Et si je ne savais pas réellement comment me “classifier” entre hétéro et homo, c'est d'abord que ça me semblait hors sujet de ma demande et surtout que je ne voyais pas en quoi cela pouvait contredire le fait que j'étais transsexuelle. La notion de “primaire versus secondaire” me semble une construction destinée à trier les personnes. File gauche ou file droite. Absurde.

Psy: —> accepte le protocole

C: Cette phrase termine les notes manuscrites du premier entretien.

Le médecin m'a expliqué que le fameux “protocole” consiste en deux années d'observation durant lesquelles j'ai une interdiction absolue de prendre des hormones. Qu'il me faudra faire des batteries de tests. Que ces deux années sont une durée minimale.

En réalité, c'est une véritable menace de sa part. Une pression forte pour dire “oui ou non”.

Pour avoir droit à un second rendez-vous, il faut se soumettre, faire acte d'allégeance, obéir.

TR: Je n'aborderai pas ce protocole totalement inadapté et datant des années 80 alors que les Standards of care qui en sont à leur 6ème version (2001) sont beaucoup plus appropriés. Il s'agit de recommandations pour les professionnels de santé et les patients.

En plus de son incompétence sur la transidentité, ce psychiatre a un comportement autoritaire et aussi rigide, si ce n'est plus, que sa patiente. Il a aussi une vision moraliste de la sexualité. Il veut bien opérer des trans' si c'est pour en faire des hétérosexuels. C'est tout sauf thérapeutique. Il oublie pourquoi il est médecin.

En conclusion, j'aurai trouvé plus pertinent d'interroger la patiente sur ses rêveries éveillées, qu'elles soient érotiques ou non. Comment se perçoit-elle? Homme, femme, enfant, ni les uns ni les autres, autre? Je lui demanderai de prendre contact avec une association de personnes trans' et d'en rencontrer afin de s'informer sur leur vécu, leur difficulté, leur transition, de lire des documents sur le sujet, de l'encourager à faire des tests dans sa vie quotidienne afin de vérifier que c'est ce qui lui convient... Cela permet au patient de se responsabiliser, de se prendre en main. C'est de sa vie qu'il s'agit, pas de celle du thérapeute. Le diagnostic n'existe pas, c'est le patient qui vient en se disant trans' ou en demandant une aide pour y voir plus clair car il n'est pas sûr de son identité. Il nous dit déjà tout ce qu'il y a à savoir pour pouvoir l'aider au mieux.

Je lui demanderai aussi de s'informer sur les possibilités et les risques du traitement hormonal et chirurgical et j'en discuterai avec lui afin de me rendre compte qu'il a bien compris ce dont il s'agit, et de voir s'il désire toujours aller dans ce sens. S'il n'a pas de maladie mentale, c'est assez facile de poursuivre. S'il en a une, il faut qu'elle soit stabilisée sous traitement avant d'aller plus loin. Il faut lui expliquer tous les éléments afin qu'il en mesure l'intérêt et la pertinence. Si le patient adhère au traitement, il sera plus facile pour le professionnel de santé de l'aider au mieux.

Je lui demanderais aussi de lire les Standards of care qui sont maintenant traduits en français et quelques documents sur le sujet. L'information est toujours utile. Les personnes trans' ont souvent des anxiétés et des rigidités. Il faut les aider à baisser le niveau d'anxiété et à s'assouplir afin qu'ils aient plus de confort psychologique dans leur vie.

Bibliographie et conseil de lecture

BEM Sandra L., (1974), *The measurement of psychological androgyny*, in Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 42, n° 2, pp. 155-162.

CALIFIA Pat, (2003), *Le mouvement transgenre, changer de sexe*, Paris: EPEL, 384 p.
Titre original: *Sex changes, the politics of transgenderism*, (1997), San Francisco: Cleis.

CARTHONNET Claire, (2003), *J'ai des choses à vous dire. Une prostituée témoigne*, Paris: Robert Laffont, 264 p.

CONSEIL DE L'EUROPE, (1995), *Transsexualisme, médecine et droit, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 304 p.

DOUCÉ Joseph et coll., (1986), *La question transsexuelle*, Paris: Lumière & Justice, 259 p.

FOERSTER Maxime, (2003), *La différence des sexes à l'épreuve de la République*, Paris: L'Harmattan, 126 p.

REUCHER Tom, (2003), *Quand les "psys" sont effrayés par les transsexuels...*, texte présenté en "poster" (parmi d'autres) au 18^{ème} congrès de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 10-13 septembre 2003, disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Textes divers.

REUCHER Tom, (2002), *Ethnopsychiatrie, théorie Queer et "transsexualisme" (syndrome de Benjamin): pratiques cliniques*, DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université-Paris 8, 75 p., disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

REUCHER Tom, (2000), *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*, mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE, Université Paris 8, 110 p., et Annexes, 129 p., disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

REUCHER Tom, (1998), *Disfonctionnements médicaux et juridiques autour de la question transsexuelle en France*, texte présenté au 3^{ème} congrès sexe et genre, TrAnsGENDER AGENDA, à Exeter College, Oxford University, septembre 1998, disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Textes divers.

SIRONI Françoise, (2003), *Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique*, in *Pratiques Psychologiques*, "Les Nouveaux défis éthiques", n° 4, 2003, 3-13.

SWERTVAEGHER Jean-Luc, (2002), *Métamorphoses sous surveillance: psychologie de la transsexualité*, in *Psychologie Française*, Tome 47, n° 3, pp. 21-30.

THOMAS Maud-Yeuse, (2004-2005), site internet: *Veille Internet Transsexuel-IE* <http://natamauve.free.fr>, des articles intéressants.

WITTIG Monique, (2001), *La pensée straight*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p.